附件2

高等医学院校附属医院基本情况汇总表

（高等医学院校填写）

单位代码： 高校名称： （填报单位盖章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **附属医院全称** | **医院等级** | **所在地** | **成为附院时间** | **隶属关系（是否直属）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |